2024年　　月　　日

舞鶴市　高齢者支援課　宛

**質問書**

事業者名

業務名：介護認定のサポートシステム

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |